

RAPORT Z GODZIN UDZIELONYCH ŚWIADCZEŃ MEDYCZNYCH

Nazwa Przyjmującego Zamówienie

pieczętka firmowa

miesiąc, rok

Imię i Nazwisko:

[illegible]

ilość wizyt kompleksowych	
ilość pacjentów, którym został wykonany "Bilans Zdrowia osoby dorosłej"	

Podpis Przyjmującego Zamówienia

...
Potwierdzam ilość godzin świadczeń medycznych

Podpis Osoby Upoważnionej przez Udzielającego Zamówienie